

EVALUACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO HORMONAL

Nombre _____

Fecha de hoy _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____

Primer día del último período _____

¿Fuma cigarrillos o consume productos derivados del tabaco?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuántos por día? _____

1. Marque su actual método anticonceptivo:

- Píldora anticonceptiva (estrógeno y progestágeno) Píldora anticonceptiva (solo progestágeno)
 Parche anticonceptivo Anillo vaginal
 Implante Inyección anticonceptiva (depo)

2. Califique su método anticonceptivo. Enciérrelo en un círculo:



Fantástico

Bueno

Correcto

Necesito ayuda con el método

Quizá tenga que cambiarlo

Explique por qué: _____

3. ¿Tiene preguntas? No Sí

Detállelas: _____

4. ¿Ha tenido algún problema desde que empezó a utilizar su método anticonceptivo? No Sí

Detállelos: _____

5. ¿Ha consultado a algún proveedor de atención médica desde su última visita? No Sí

Detállelas: _____

6. ¿Está tomando otros medicamentos? No Sí

Indíquelos a continuación: _____

7. Marque alguna de las siguientes opciones si ha padecido alguno de estos trastornos desde que comenzó a usar su método anticonceptivo:

- Aumento de dolores de cabeza o cefaleas graves Dolor abdominal grave
 Mareos Depresión
 Cambios en la visión Náuseas o vómitos
 Dolor en el pecho Sangrado abundante
 Dolor de piernas grave Aumento de peso

Firma de la cliente

Fecha

TO BE COMPLETED BY STAFF:

O: B/P____ WT____ N/A____

A:

P:

Firma del personal

Fecha